

*the pelvic and acetabulum.*, London, Informa2007; p.824.

3. Бесаев Г.М. *Повреждения таза у пострадавших с множественной и сочетанной шокогенной травмой.* Автореф. дис ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 1999; с.38.

4. Denis F., Davis S., Comfort T. *Sacral fractures: an important problem.* Clin Orthop Rel Res, 1988, vol. 227; 67-83.

5. Черкес-Заде Д.И. *Лечение повреждений таза и их последствий.* Москва, Медицина, 2006; с.192.

6. Tile M. *Pelvic ring fractures: should they be fixed.* J Bone Jt Surg, 1988, vol.70, no.1; 59-71.

7. *Универсальная Классификация переломов.* Центр документации АО/ASIF, 1996; с.56.

8. Majeed S.A. *Grading the outcome of pelvic fractures.* J Bone Joint Surg, 1989, vol.71: 304-306.

9. Анкин Л.Н. *Политравма.* Москва, 2004; с.173.

#### Rezumat

Este efectuată analiza rezultatelor tratamentului fracturilor vertical instabile ale inelului pelvin, cu folosirea metodelor elaborate de osteosinteză miniinvasivă. La tratament s-au aflat 64 de pacienți cu politraumatism și fracturi vertical instabile ale inelului pelvin de tipul C. În 78,1% cazuri predominau leziunile unilaterale ale semiinelului posterior, iar leziunile bilaterale au constituit 21,9%. Cauzele traumatismului au fost: accidente rutiere – 44 pacienți, cădere de la înălțime – 18 și căderea peretelui – 2. Pentru stabilizarea semiinelului posterior a fost folosită compresia unilaterală sau de întâmpinare în subsistemul adăugător la dispozitivul pentru reducerea și fixarea oaselor bazinului. Tehnica stabilizării inelului pelvin cu sinteza locală a joncțiunii sacroiliace sau a sacrumului după re poziționarea hemibazinului deplasat, este o manevră optimă de fixare. Aprecierea rezultatelor tratamentului s-a efectuat conform scorului S.A. Majeed.

#### Summary

The authors present analysis of treatment outcomes in 64 polytrauma patients with vertically unstable pelvic fractures type C, using the elaborated miniinvasive osteosynthesis techniques. Unilateral or countercompression has been used in the additional subsystem for the device for reposition and fixation of the pelvic bones to stabilize the posterior pelvic ring. The stabilization technique with local synthesis of the sacroiliac joint or sacrum is the optimal method of fixation. Evaluation of treatment results has been performed according to S.A. Majeed scale.

#### Резюме

Проведен анализ результатов лечения вертикально нестабильных переломов тазового кольца, с использованием разработанных миниинвазивных методик остеосинтеза. За исследуемый период на лечении нахо-

дились 64 пострадавших с политравмой, вертикально нестабильными переломами таза типа C. Преобладали унилатеральные повреждения заднего полукольца таза – 78,1%, билатеральные повреждения составляли 21,9%. Причиной травмы были дорожно-транспортные происшествия – у 44, падение с высоты – у 18 и сдавление упавшей стеной у 2 пациентов. Для стабилизации заднего полукольца использовали одностороннюю или встречную компрессию в дополнительной подсистеме к устройству для репозиции и фиксации костей таза. Техника стабилизации тазового кольца, с локальным синтезом подвздошно-крестцового сочленения или крестца, после низведения смещенной половины, является оптимальным способом фиксации. Оценку результатов лечения проводили по системе S.A. Majeed.

### EVALUAREA ȘI MONITORIZAREA REZULTATELOR OBȚINUTE ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR MALEOLARE PRIN DIFERITE TEHNICI ÎN SECȚIA AMBULATORIE DE ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE NR. 1

A. Dumneanu, șeful SATO nr.1 CNȘPMU  
T. Ignat\*, I. Chicu, E. Reabcov\*, S. Bejenari\*,  
A. Frumusachi\*.

\*Secția Ambulatorie de Ortopedie și  
Traumatologie nr.1 IMSP Centrul Național  
Științifico-Practic de Medicină Urgentă

**Introducere.** Fracturile maleolare constituie aproximativ 20–22% din toate leziunile scheletale [3]. Leziunile osoase maleolare și ligamentale ale sistemului de contenție a gleznei pot afecta în diferite grade funcțiile principale ale gleznei: stabilitatea și mobilitatea articulară. Repoziționarea anatomică a fragmentelor, precum și stabilizarea lor este, deci, un imperativ ce trebuie să domine tratamentul – fie ortopedic, fie chirurgical – al acestor leziuni. Gravitatea fracturilor maleolare se explică prin dereglările funcționale ale articulației tibiotarsiene ca urmare a celei mai mici imperfecțiuni. Rezultatul acestei imperfecțiuni îl constituie complicațiile care survin și duc adesea la pierderea capacității de muncă de lungă durată sau chiar la invalidizare [1]. Tratamentul ortopedic și cel chirurgical au ca scop înlăturarea acestor imperfecțiuni și, ca rezultat, restabilirea cât se poate de satisfăcătoare a funcției membrului afectat.

**Materiale și metode.** Aproximativ 80% din pacienți încep și finisează tratamentul în condiții de am-

bulatoriu, iar după externare din serviciul spitalicesc prelungesc terapia până la însănătoşire. Am efectuat o analiză şi o monitorizare a rezultatelor tratamentului pacienţilor cu fracturi maleolare pe anii 2008–2010. Am examinat rezultatele la distanţă ale tratamentului fracturilor maleolare la 580 de pacienţi, care au finisat tratamentul sub supravegherea ortopedului-traumatolog la SAOT nr. 1, care asigură sectoarele Râşcani şi Ciocana ale mun. Chisinău, cu o populaţie de aproximativ 310109 persoane. Lotul cuprinde pacienţi cu vârsta între 19 şi 75 de ani, 284 femei, 296 bărbaţi. Din cei 580 de pacienţi, conform clasificării Denis-Weber [4], 121 (20,86%) au avut fracturi tip A, 284 (48,9%) pacienţi – fracturi de tip B, 175 (30,14%) – fracturi de tip C. Conform metodelor de tratament utilizate, acest lot de bolnavi a fost subdivizat în două grupuri: grupul 1 – 459 bolnavi trataţi conservator în aparate ghipsate, cu fracturi fără deplasare, în cazul fracturilor cu deplasare se face reducere ortopedică, urmată de imobilizare şi interdicţie a sprijinului. Grupul 2 – 121 pacienţi cu intervenţii chirurgicale prin diferite tehnici operatorii.

În studiul efectuat am folosit scala funcţională de gleznă Olerud-Molander, elaborată în Suedia în 1984 ca scală a ratingului funcţionalităţii [5]. Această scală a fost utilizată pentru monitorizarea stării pacienţilor trataţi ortopedic şi chirurgical în dinamică, pentru evaluarea rezultatelor tratamentului. În studiu au fost apreciate rezultatele la distanţă conform acestui scor, în care sunt incluşi parametri funcţionali de bază ai articulaţiei gleznei: durere, limitarea mobilităţii articulare, tumefiere locală, ridicare pe scări, necesitate de sprijin adăugător, activitate profesională şi cotidiană. Scala este egală cu suma punctelor a nouă parametri. Interpretarea rezultatelor: punctaj minimal – 0, maximal – 100.

**Rezultate şi discuţii.** Din totalul pacienţilor, 459 sau 79,14% au început şi au finisat tratamentul conservator. 3 bolnavi cu fracturi tip B, după 7 zile survenind deplasări secundare, au fost îndreptaţi la tratament chirurgical spitalicesc. La 2 pacienţi, în rezultatul încălcărilor principiilor de tratament – abandonarea timpurie a imobilizării, efortul timpuriu pe membrul traumat – , ca urmare au survenit subluxare laterală a plantei, consolidare vicioasă. Ei au refuzat tratamentul chirurgical. Grupul 2 – 121 de pacienţi sau 20,86% cu intervenţii chirurgicale, dintre ei la 3 a survenit degradarea osteosintezei cu subluxaţii ale plantei, fiind efectuate intervenţii chirurgicale repetate, dar cu rezultat nesatisfăcător. La un pacient s-a dezvoltat procesul septic, cu ulterioară osteită post-traumatică. Tradiţional, drept criteriu pentru aprecierea rezultatului tratamentului servesc reducerea fragmentelor, consolidarea lor, recuperarea medicală (vo-

lumul mişcărilor, funcţia de suport), lipsa durerilor, a dereglărilor trofice, a disconfortului în viaţa cotidiană şi în activitatea profesională.

Rezultat excellent – > 90, bun – 60–90 p., acceptabil – 30–60 p., neacceptabil – < 30 p. Din cei 459 de pacienţi, la 307 (66,8%) am obţinut rezultat excelent, la 110 pacienţi (23,9%) – rezultat bun, la 40 (8,7%) – rezultat satisfăcător, la 2 pacienţi (0,43%) – rezultat nesatisfăcător. În grupă de invaliditate a fost încadrat un pacient. Din cei 121 (20,86%) de bolnavi supuşi tratamentului chirurgical la un termen de un an de zile după intervenţie: Rezultat excelent la 90 pacienţi (74,3%), rezultat bun – la 14 (11,87%), rezultat satisfăcător – la 13 pacienţi (11,74%), rezultat nesatisfăcător – la 4 bolnavi, 3 reoperaţi din cauza degradării osteosintezei, cu survenirea deplasărilor secundare, artroză postraumatică, redori mixte, iar la un pacient – dezvoltarea osteitei postraumatice.

### Concluzii

1. Tratamentul acestor fracturi trebuie să fie selectat, adaptat fiecărui caz individual, cu evaluarea atât a tipului de fractură, cât şi a stării ţesuturilor moi.

2. În traumatismul cu fracturi ale gambei predomină fracturile maleolare – aproximativ 41% cazuri.

3. Fracturile maleolare, care au necesitat reducere ortopedică, au constituit aproximativ 80%, rezultate bune confirmate clinic şi radiologic s-au obţinut în 80% cazuri.

4. Rata complicaţiilor în fracturile maleolare constituie 3% (artroze deformante posttraumatice, calusuri vicioase, redori, persistenţa subluxaţiilor).

5. Este de dorit ca tratamentul să fie individualizat pe principiul refacerii echilibrului dereglat al biomecanicii gleznei. Osteosinteza stabil funcţională în fracturile maleolare asigură obţinerea rezultatelor bune anatomice şi funcţionale în aproximativ 90% cazuri. În acelaşi timp, metodele de reducere închisă prezintă nu numai un interes istoric, dar şi dreptul la existenţă, iar în unele cazuri prevalează asupra tratamentului chirurgical.

6. În concluzie menţionăm că în tratamentul leziunilor articulaţiei gleznei o deosebită importanţă o are diagnosticul corect şi tratamentul adecvat, în corelaţie cu caracterul şi gradul de leziune a elementelor osteoarticulare.

### Bibliografie

1. Proca E. *Tratat de patologie chirurgicală*. Volumul III. Bucureşti, Editura medicală, 1998: 829.
2. Gorun N. *Fracturi maleolare*. Bucureşti. Curtea Veche, 2000: 110.
3. Antonescu D. *Patologia aparatului locomotor*. Volumul II. Bucureşti. Editura medicală, 2010: 862.

4. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Ф. *Травматология и Ортопедия*. Том 3. Санкт-Петербург: DJVU, 2001: 368.

5. Гиршин С.Г. *Клинические лекции по неотложной травматологии*. Москва. Азбука, 2004: 544.

### Rezumat

Studiul dat prezintă rezultatele la distanță ale 580 de pacienți cu fracturi maleolare, repartizați în două loturi conform metodelor de tratament, tratați în cadrul CNȘPMU, secția ambulatorie de ortopedie și traumatologie nr. 1. Dintre ei, 459 pacienți tratați conservator, 121 – chirurgical.

### Summary

The survey results gave a target distance of 580 patients with malleolar fractures which were treated in the dispensary conditions. 459 cases were treated following the conservative treatment and the rest (121) following the operates surgery.

### Резюме

В ходе исследования изучены отдаленные результаты лечения переломов лодыжек 580 больных, разделенных на две группы в зависимости от основных методов терапии в условиях CNȘPMU и отделения амбулаторной ортопедии и травматологии № 1. Из них 459 пациентам проведено консервативное лечение, 121 – хирургические вмешательства.

## ACCESUL CHIRURGICAL ÎN TRATAMENTUL BOLNAVULUI CU TRAUMATISM ASOCIAT AL COMPLEXULUI ZIGOMATIC

**D. Hâțu, D. Șcerbatiuc, V. Vlas, A. Hâțu, M. Cebotari, S. Caldarari, L. Arbuz, A. Crivoliubic**

Catedra de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială,  
USMF „Nicolae Testemițanu”,  
CNȘPMU, ÎI „Hâțu Maria”

**Actualitatea temei.** Traumatismul constituie o problemă socială și crește odată cu dezvoltarea societății. Regiunea feței este des expusă traumatismului, deoarece tot timpul este descoperită și mai des este orientată spre agentul traumatic, spre deosebire de alte părți ale organismului care sunt protejate cu haine. Factorii sociali au o importanță colosală în apariția traumei, ca exemplu: condițiile de viață, sta-

rea familială, caracterul condițiilor de lucru. Sursele de informație în masă acționează asupra subiectului, atrăgând atenția asupra neîncrederii, neprotecției sociale, lipsei locurilor de muncă, – toate acestea creează condiții pentru apariția agresivității. Cultul puterii, prevalarea forței fizice, propagarea cruzimii în filme nu sunt cele mai ideale condiții de formare a tânărului ca personalitate.

Traumatismul întodeauna a amenințat sănătatea omului, afectând preponderent populația tânără, aptă de muncă și determinând un nivel înalt de invaliditate și mortalitate nu numai a acestui contingent, dar și al populației în general. Deplasarea provocată de fragmentele fracturate duce la dereglări funcționale și scopul tratamentului este restabilirea formei și funcției dereglate. Reabilitarea bolnavului va depinde de experiența, dotarea tehnică a instituției medicale cu utilajul necesar și calificarea chirurgului în domeniul dat.

Reabilitarea estetică în cazul fracturilor complexului zigomatic cu deplasare rămâne o problemă actuală. Utilizarea metodelor clasice prin reducerea cu cârligul Limberg necesită incizia dermului, în consecință vom avea o cicatrice postoperatorie. Evoluția plăgii postoperatorii și reglarea regenerării în regiunea OMF este mereu în atenția specialiștilor. Pentru formarea cicatricii postoperatorii estetice este foarte importantă stimularea schimbului acizilor nucleici și sinteza proteică. În acest scop indicăm pacienților acid folic și vitamina B<sub>12</sub> [7].

Traumatismul asociat al complexului zigomatic cu deplasare provoacă mari dificultăți în tratament, îndeosebi în cel chirurgical. Sunt cunoscute mai multe căi de acces de reducere și fixare a fracturilor complexului zigomatic prin acces endobucal, exobucal sau mixt, însă acestea, datorită tehnicii de efectuare, au o aplicare diferită [2, 3, 8]. Autorii pun în discuție rezultatele tratamentului fracturilor complexului zigomatic cu deplasare în timpul spitalizării și la distanță.

Familiarizarea cu particularitățile traumatismului asociat al complexului zigomatic ne oferă posibilitatea să recurgem la diagnosticarea oportună a acestei leziuni, să elaborăm un algoritm adecvat curativ și să efectuăm măsuri de profilaxie [1, 5, 6]. Considerând dificultățile de recunoaștere și asistare a traumatismelor asociate și multiple din regiunea oro-maxilo-facială, am considerat că ar fi de valoare practică și cognitivă să realizăm un studiu prin care să se propună și să se valorifice principii de clasificare, metode mai puțin invazive și mai eficace de tratament al complexului zigomatic, procedee tehnice care ar permite scăderea procentului de complicații și ar asigura reabilitarea cât mai estetică și mai timpurie a bolnavului [4].